



Obstrucción mecánica secundaria a íleo biliar

Lucas Garcías¹, Gastón Moretti², Paul E. Lada³

¹Residente cirugía general, Cátedra número 1. Hospital Nacional de Clínicas. Córdoba capital.

²Jefe guardia central, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba capital.

³Director Académico de Cirugía General, Servicio de Guardia Central, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba capital.

Lugar de realización: Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba capital.

Mail de contacto: lucasgarcias12@hotmail.com

ABSTRACT

Gallstone ileus is defined as a mechanical intestinal obstruction secondary to the presence of a gallstone. Less than 1% of cases of intestinal obstruction are derived from this etiology. The most frequent cause is the impaction of the stone in the ileum, after passing through a bilioenteric fistula. It is a rare and potentially serious complication of cholelithiasis. This pathology occurs more in the elderly, the average age at which it occurs is between 60 and 84 years, mainly affecting the female sex, attributed to the higher frequency of biliary pathology in said sex. It presents a high morbidity and mortality, mainly due to the difficulty and the diagnostic delay. **Keywords:** Gallstone ileus, Intestinal obstruction.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar se define como una obstrucción intestinal mecánica secundaria a la presencia de un cálculo biliar en el tubo digestivo. Es una complicación rara (0.3-0.5%)¹ y potencialmente grave de la colelitiasis. La causa más frecuente es la impacción del cálculo en el íleon distal y la válvula ileocecal (60% -75%)¹, el segmento más estrecho del aparato digestivo. Los cálculos biliares pueden ingresar al intestino a través de un trayecto fistuloso entre la vesícula biliar y el duodeno, el estómago o el colon directamente a través de una fístula colecisto-colónica y causar obstrucción del sigmoide (4%)¹. También pueden ingresar al duodeno después de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y esfinterotomía endoscópica. La obstrucción proximal de la salida gástrica o del duodeno ocurre raramente (4%)¹ y se conoce como síndrome de Bouveret.

Esta patología se presenta más frecuentemente en el adulto mayor, con un promedio de edad de entre 60 y 84 años según series internacionales, afectando principalmente al sexo femenino, con una relación hombre: mujer que va de 1:3 a 1:6, atribuyéndose a la mayor frecuencia de patología biliar en dicho sexo²⁻³. Presenta una elevada morbimortalidad, debido principalmente a la dificultad y el retraso diagnóstico.

El alivio quirúrgico de la obstrucción gastrointestinal sigue siendo el pilar del tratamiento quirúrgico. Los procedimientos quirúrgicos actuales son: (1) enterolitotomía simple; (2) enterolitotomía, colecistectomía y cierre de fístulas en un tiempo quirúrgico; y (3) enterolitotomía con colecistectomía realizada en un segundo tiempo quirúrgico. La resección intestinal es necesaria en ciertos casos posterior a la enterolitotomía.²

Palabras clave: Íleo biliar, Obstrucción intestinal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 66 años de edad, con antecedentes patológicos de hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo II y colelitiasis (múltiple) de cinco años de evolución, en tratamiento con metformina y levotiroxina, sin antecedentes quirúrgicos, alérgicos y tóxicos. Ingresa a guardia central refiriendo dolor abdominal continuo en región epigástrica, de cuatros días de evolución, de intensidad creciente, sin irradiación, ni respuesta a antiespasmódicos, acompañado de vómitos porráceos de un día de evolución, constipación de cuatro días de evolución y pérdida de peso de más de diez kg en dos meses, con apetito conservado. Niega fiebre e hiporexia.



Control de signos vitales: TA: 120/70; FC: 98; FR: 21; SATO₂: 97%; HGT: 463.

Examen físico: Abdomen distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, con defensa, sin reacción peritoneal, ruidos hidroaéreos (RHA) abolidos.

Conducta inicial: PHP SF 28 gotas x min; nada por boca; sonda nasogástrica aspirativa, débito + fecaloideo cuantificado en 350 aprox; insulino terapia según protocolo, metoclopramida 10 mg ev; dexametasona 4 mg ev.

*PHP: Plan hidratación parenteral; SF: solución fisiológica; mg: miligramo; ev: Endovenoso.

Métodos complementarios.

A) Laboratorio: Glucemia: 461; urea: 110; creatinina: 1.53; sodio: 135; potasio: 5.1; cloro: 94; ggt: 111; bilirrubina directa: 0.57; indirecta: 2.29; total: 2.86; amilasa: 514.

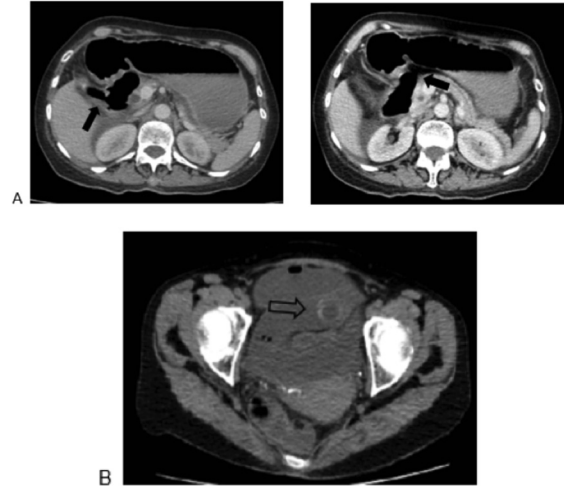
B) Rx abdomen (fig.1).

Figura 1: Radiografía directa de abdomen, donde se evidencia dilatación de asas de intestino delgado en pila de monedas (flecha blanca) y niveles hidroaéreos (flecha negra).



C) Se decide realizar tomografía computada (tc) abdomino-pélvica con doble contraste, oral y ev. (fig.2).

Figura 2: (A) Tc abdomen doble contraste corte axial de fistula colecisto-duodenal (flecha negra); (B) Tc de abdomen sin contraste de lito impactado en íleon terminal (flecha sin relleno).



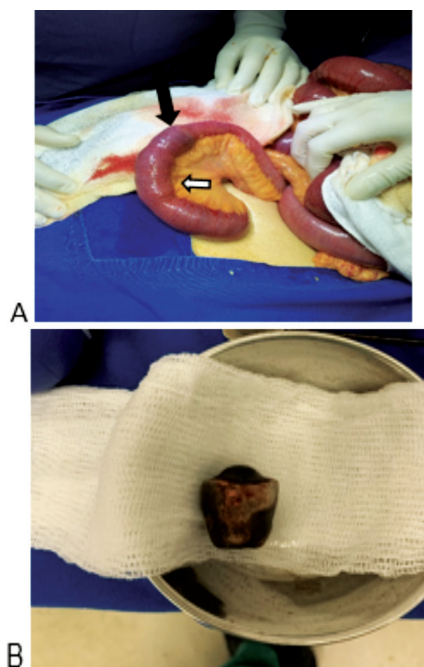
Cirugía: Laparotomía exploradora.

Se ingresa a cavidad abdominal, se objetiva múltiples adherencias en región de la vesícula biliar, se identifica asa fija y se inicia semiología intraoperatoria. Se observa dilatación de asas de delgado, con leves cambios macroscópicos, a los 180 cm del ángulo de Treitz se objetiva lito impactado (fig. 3). Se procede a realizar enterotomía + litotomía, continuado de enterorrafia en dos planos con vicryl 3.0, puntos ininterrumpidos seromusculares, con mismo material de sutura se realizan puntos interrumpidos sero-seroso, se prosigue a evaluar asa intestinal hasta válvula ileocecal, donde no existían signos de obstrucción, ni de mala perfusión, por lo cual se decide realizar entero litotomía simple. Control estricto de hemostasia, paciente estable pasa a unidad de cuidados intensivos.

Evolución:

Paciente en el día uno postoperatorio al examen físico revela: RHA (-), eliminación de gases (EG) (-), Catarsis (-). Durante el día dos, presenta: RHA (+), EG (-), catarsis (-), se inicia tolerancia a líquidos claros. Cursando el tercer día, presenta: RHA (+), EG (+), paciente pasa a sala común y se decide progresar a dieta líquida. Durante el día cuarto día post quirúrgico paciente deambula, catarsis (+), se progresa a

Figura 3: (A) Dilatación asa intestinal pre-obstrucción (flecha blanca), oclusión intestinal (flecha negra); (B) lito extraído.



dieta blanda. Quinto día postoperatorio, paciente transitada, con buena tolerancia oral, se decide alta médica.

DISCUSIÓN:

El íleo biliar es una entidad rara y de difícil diagnóstico, siendo la mayoría de los casos realizados de manera intraoperatoria, se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial en todo paciente adulto mayor con obstrucción intestinal mecánica, sin antecedentes de cirugías previas y debe estar apoyado por cuadro clínico y métodos complementarios, con lo que el diagnóstico preoperatorio incrementa. Li et al; aconsejó que una larga historia de colecistolitiasis, especialmente mayor a 5 años, antecedente que nuestra paciente tenía diagnosticado por ecografía, debe aumentar la sospecha de presencia de fístula colecisto-entérica.³

En primera instancia, la vesícula biliar se descomprime, y si no quedan cálculos, el paciente puede volverse asintomático. El tratamiento debe estar encaminado a la resolución de la obstrucción intestinal por medio de la enterolitotomía simple, ya que si se realiza en un mismo tiempo quirúrgico el desmantelamiento de la fístula bilio-digestiva en paciente con múltiples comorbilidades, la morbimortalidad se eleva considerablemente, como se establece claramente en la literatura. Distinto es el escenario del paciente que presenta desequilibrio hidroelectrolítico, sepsis u otras circunstancias ocasionadas por el íleo biliar, donde la indicación sería enterolitotomía, colecistectomía y el cierre de la fístula; al igual que en pacientes jóvenes y saludables, en los cuales el riesgo de recurrencia es mayor que el quirúrgico.

Conflicto de intereses:

Los autores no presentan conflicto de intereses.

REFERENCIAS:

1. Alemi F, Seiser N, Aylo S. Gallstone disease: Cholecystitis, mirizzi syndrome, Bouveret syndrome, gallstone ileus. *Surgical clinics of north america*. 2019; 99 (2): 231-244.
2. Magallanes J, Gamboa V, Barba N, et al. Íleo biliar como causa de dolor abdominal en el paciente anciano. *Elsevier*. 2020; 55 (3): 169-172.
3. Li XY, Zhao X, Zheng P, et al. Laparoscopic management of cholecystoenteric fistula: A single-center experience. *J Int Med Res*. 2017; 45: 1090-1097.
4. Nñño Guzmán C, Marín Contreras M, Figueroa Sánchez M. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2016; 8 (1): 65-76.